Placenta prævia

Dr Ziani

Introduction:

- Un placenta est dit prævia lorsqu'il s'insère en partie ou en totalité sur le segment inferieur
- Intérêt de l'échographie dans le diagnostic au cours de la grossesse
- Risque de complications pouvant mettre en jeu le pronostic vital aussi bien maternel que fœtal

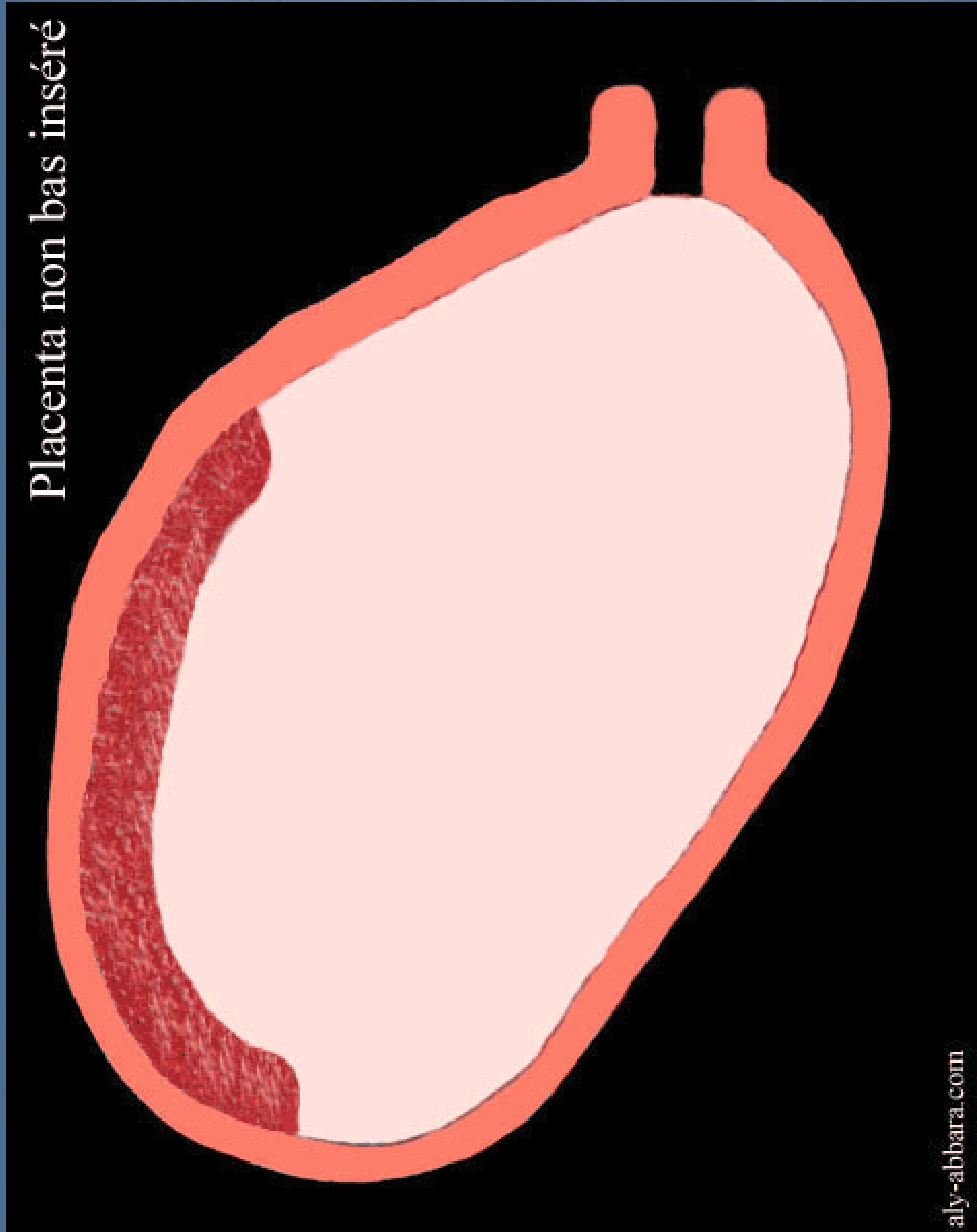
Facteurs favorisants

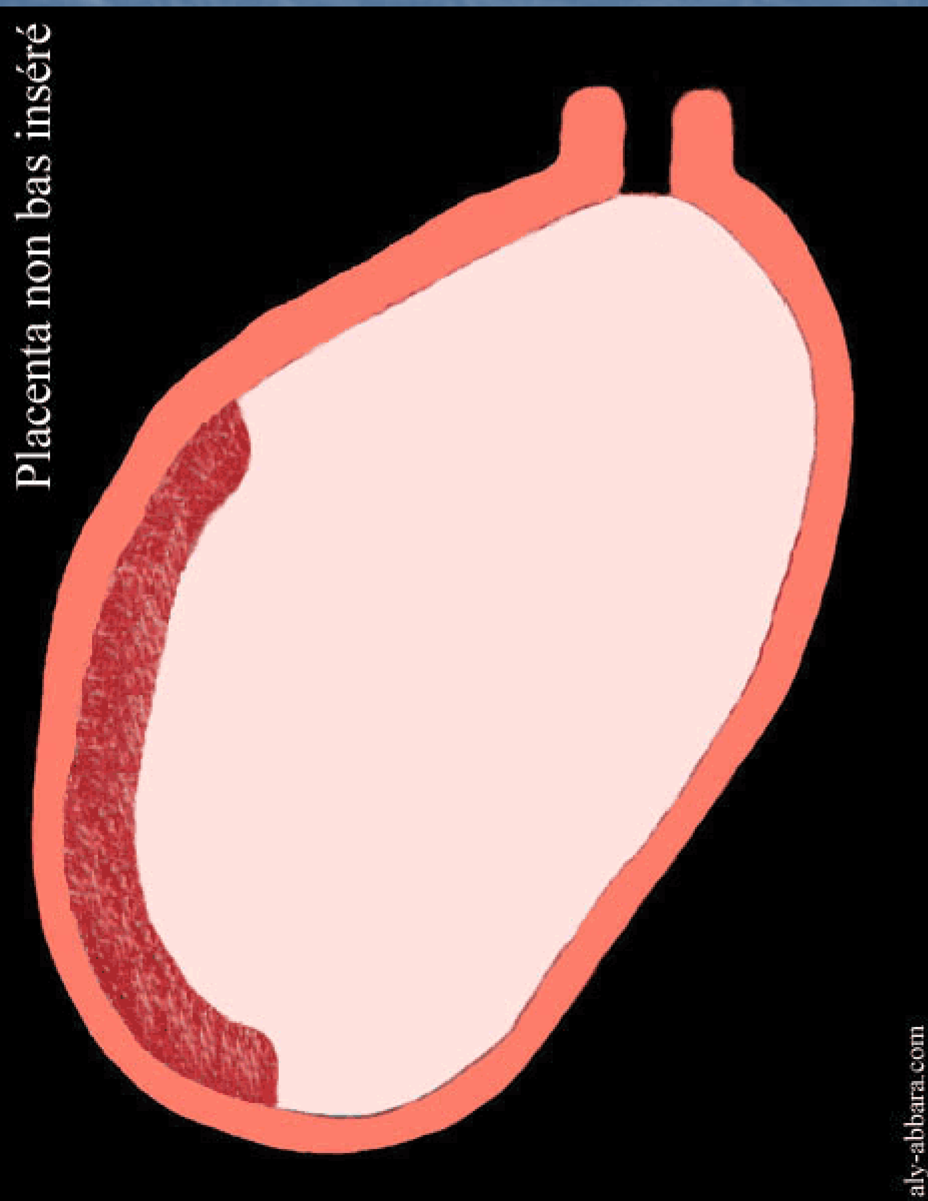
- Multiparité
- Antécédents d'avortements et de curetages
- Cicatrices utérines
- Fibromes sous muqueux et malformations utérines
- Gémellité
- Antécédents de placenta prævia
- âge maternel
- tabagisme

Classification:

1-Pendant la grossesse: correspond à la situation du placenta/ O.C.I. au cours de la grossesse

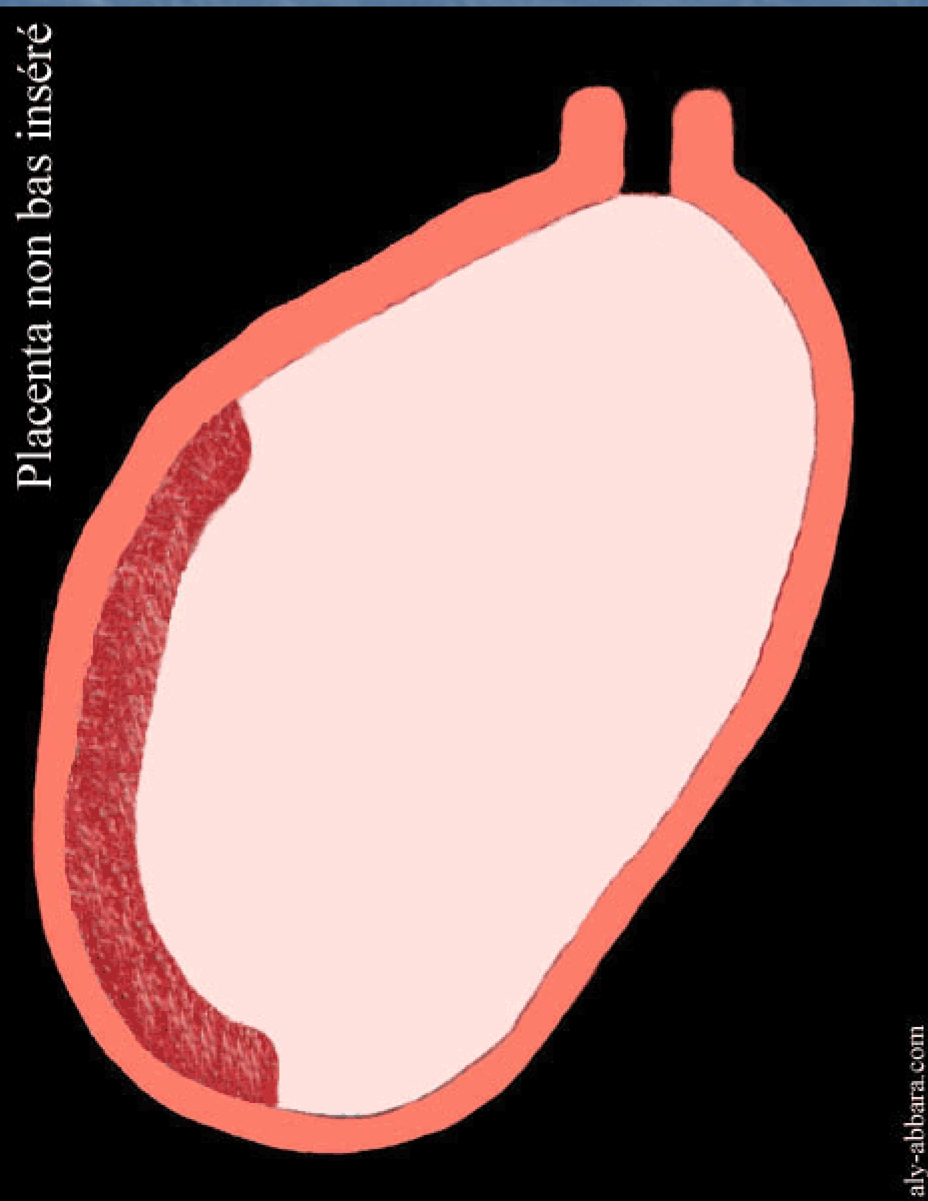
- P.P. latéral: le bord latéral reste à distance de l'O.C.I.
- P.P. marginal: le placenta affleure l'O.C.I.
- P.P. central: le placenta recouvre en totalité l'O.C.I.


Placenta non bas inséré
aly-abbara.com


Placenta non bas inséré
aly-abbara.com

2- Pendant le travail: classification clinique de Couvelaire

- Variété non recouvrant: le bord placentaire ne déborde pas l'orifice cervical
- Variété recouvrante: Une partie du placenta recouvre en totalité ou en partie l'O.C.I. et par conséquent l'air de dilatation
  - Recouvrant partiel: le col est partiellement recouvert par le placenta
  - Recouvrant total: le col est totalement recouvert par le placenta

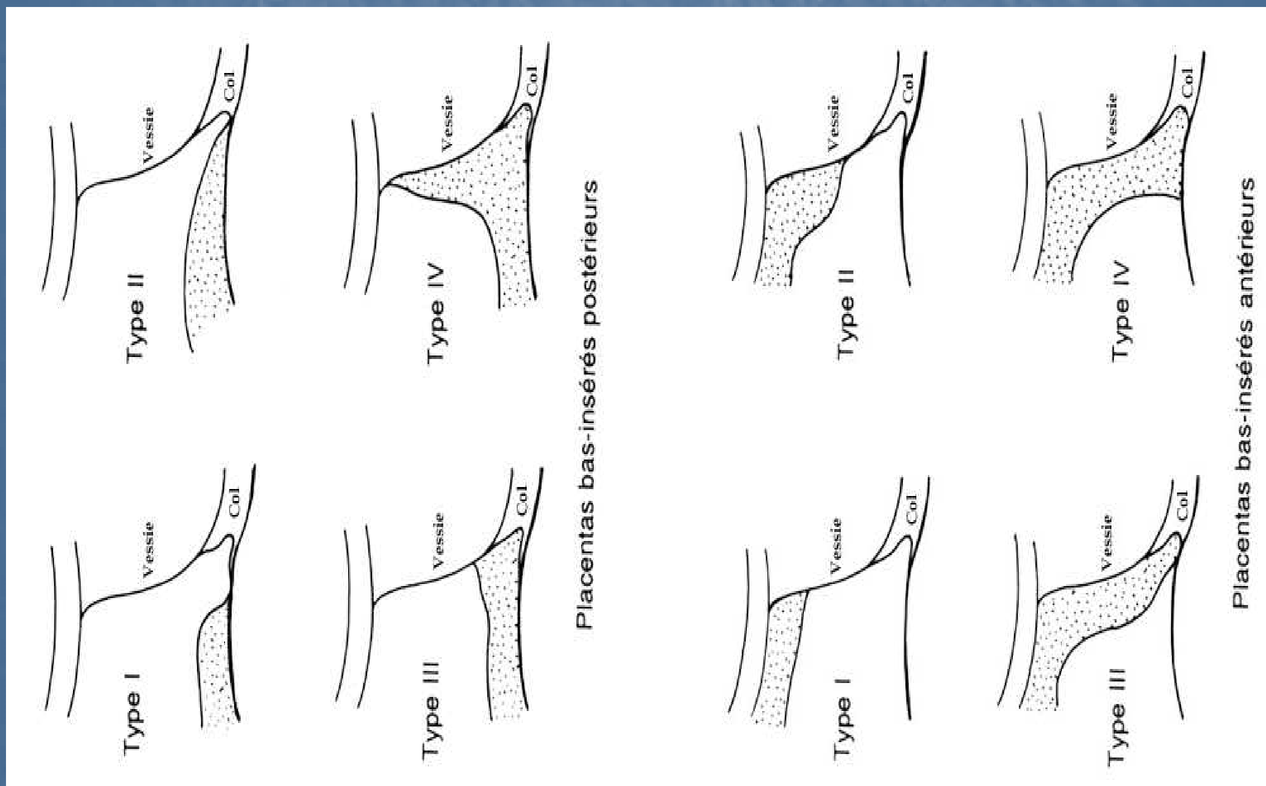

Placenta non bas inséré
aly-abbara.com

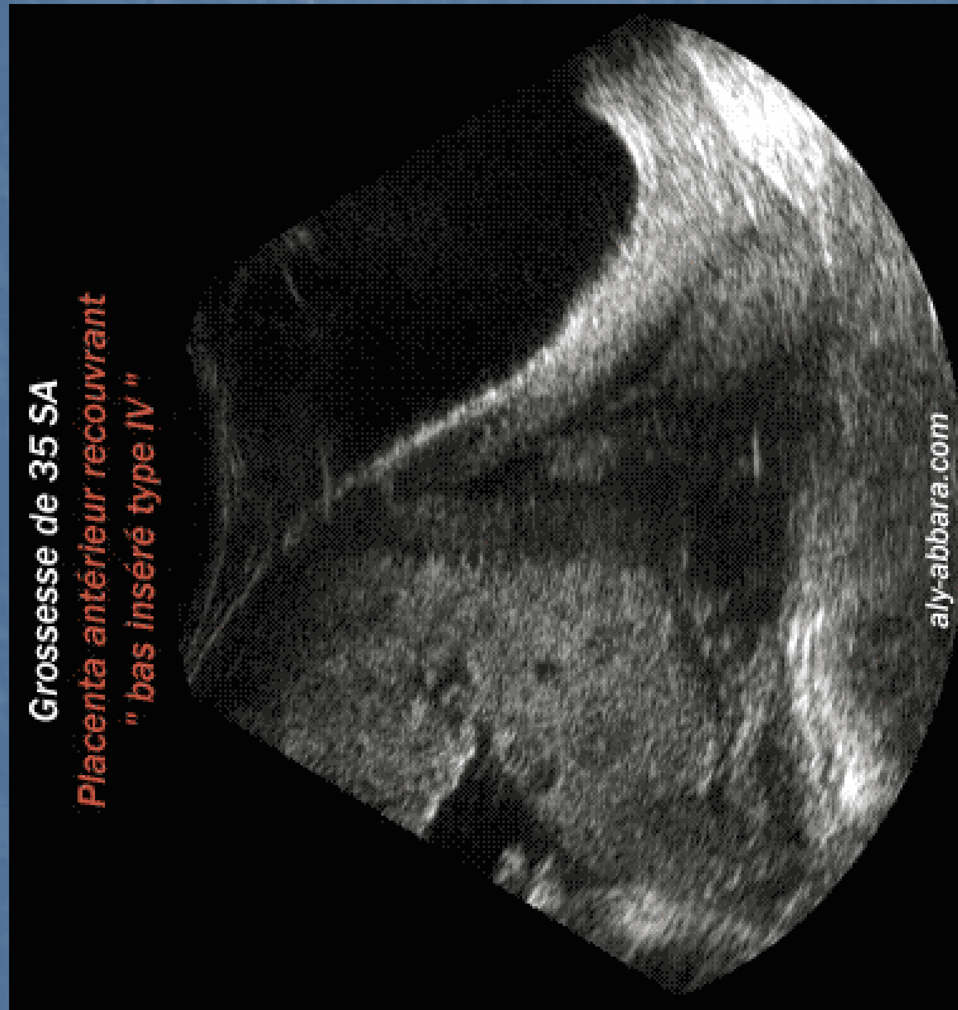
3-Classification échographique:

Classification de Bessis:

- Placenta prævia antérieur:
  - Type 1: le bord inf. de l'utérus atteint le 1/3 sup vessie
  - Type 2:le bord inf. du placenta atteint les 2/3>de la vessie
  - Type 3: le bord inf. du placenta atteint le col
  - Type 4: le bord inferieur du placenta dépasse le col

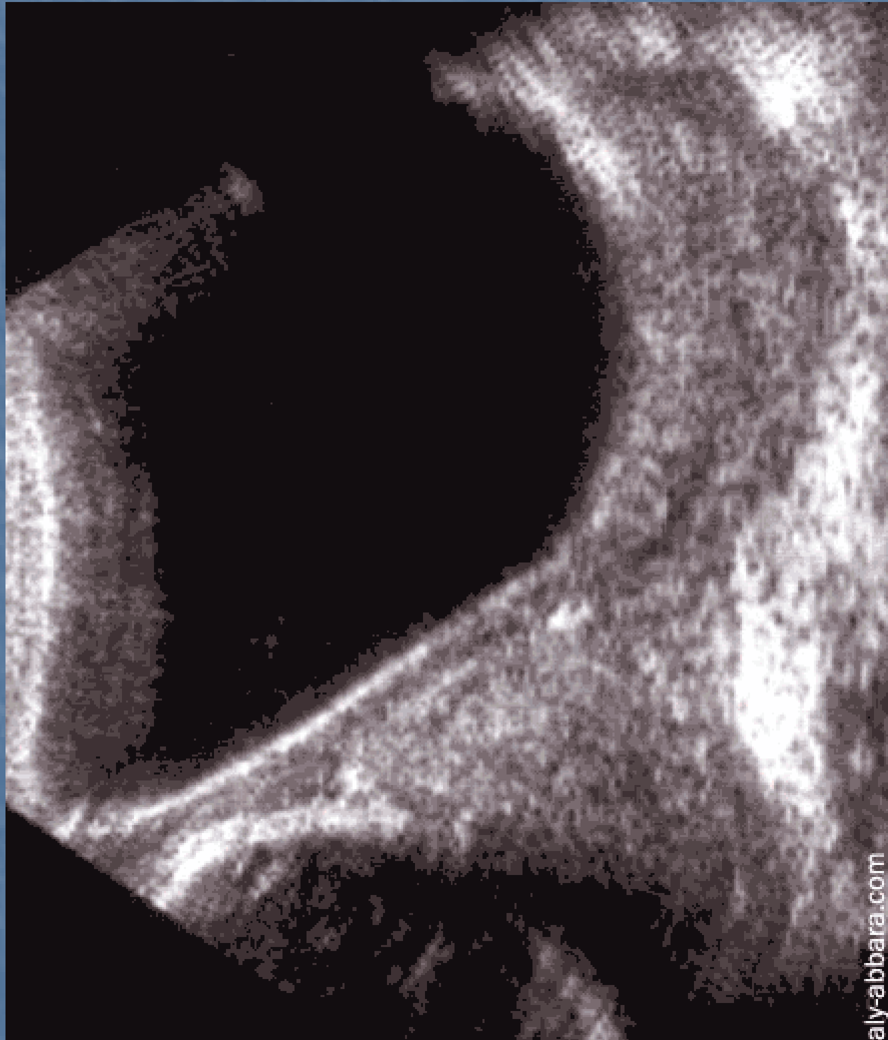
- Placenta prævia postérieur:
  - Type 1: bord inferieur du placenta à 4 cm en arrière du col
  - Type 2: bord inferieur du placenta atteint le col
  - Type3: le bord inf. du placenta atteint le 1/3 inf. de la vessie
  - Type 4: bord inf. de la vessie recouvre le dôme vésical


Type I
Type II
Type III
Type IV
Vessie
Col
Placentas bas-insérés postérieurs
Type I
Type II
Type III
Type IV
Vessie
Col
Placentas bas-insérés antérieurs


Grossesse de 35 SA
Placenta antérieur recouvrant
" bas inséré type IV "
aly-abbara.com

Placenta postérieur praevia marginal (type II d'après Bessis)

aly-abbara.com


aly-abbara.com

Physiopath:

1- Pathogénie de l'insertion basse du placenta:

- Implantation basse primitive:
    - Transport accéléré de l'œuf
    - Œuf entrainé vers le col par le flux d'une hémorragie fonctionnelle
    - Retard du développement de l'œuf
- Implantation basse secondaire:
    - Extension progressive vers l'orifice cervical d'un placenta normalement inséré en déduit de grossesse: grossesse multiple

2- Mécanisme de l’hémorragie:

- Pendant la grossesse:
  - Variétés périphériques: théorie de tiraillement des membranes de Pinard: Les contractions utérines de Braxton Hicks, par la mise en tension du petit coté des membranes, décollant une languettes placentaires ce qui ouvre les sinus veineux utérins à l’origine de l’hémorragie

- Variétés recouvrantes: théorie de distension du segment inferieur de jacquemier:Clivag entre le placenta et le myometre par la suite du dvp asynchrone entre le segment inferieur qui poursuit son ampliation pdt leT3 alors que l surface placentaire croit beaucoup moins rapidement
- Pdt le travail: Théorie de glissement du segment inferieur: Au cours de la dilatation cervicale, le segment inferieur glisse de bas en haut sur la surface de l'œuf par rétraction des fibres musculaires, ce qui entraine le décollement d'une fraction de plus en plus grande du placenta

Diagnostic+:

1- Signes fonctionnels:

- L'hémorragie+++, c'est le signe capital, faite de sang rouge, indolore, inopinée, le plus souvent nocturne, favorisée par les contraction utérines, au début souvent modérée, mais ayant tendance à récidiver

2- Signes généraux:

- Selon l'importance du saignement

3- Examen clinique:

- Pdt la grossesse:
  - Utérus souple, bien relâché
  - Souvent présentation anormale et haute déviée de l'axe du bassin
  - B.C.F.
  - Speculum: origine endo utérine du saignement
  - T.V.: ne doit ps être fait:

    Segment inferieur mal formé,

    Sensation d'un martelât ou éponge correspondant à l'interposition du placenta entre le doigt et la présentation qui reste haute

- Pdt le travail:
  - Palpation et auscultation sont identiques
  - Le T.V.:Est contre indiqué:

  s'il est fait par méconnaissance , ils mettera en évidence:
    - P P non recouvrant: si les mb sont intactes, le doigt perçoit des mbs rugueuses sans souplesse
    - PP recouvrant:
    - Partiellement: languette du bord inferieur du placenta d'un coté et les mbs de l'autre
    - Totalement: le placenta est perçu directement

4- Examens complémentaires:

- **Echographie+++:** Tout saignement du T3 de la grossesse impose de pratiquer une échographie en urgence avant de faire le T.V.
  - Confirme le diagnostic
  - Nature de la présentation
  - Recherche une malformation
  - Recherche une éventuelle image de décollement

4- Apres la délivrance:

l'examen du petit coté des membranes qui mesure moins de 10 cm

Y

Diagnostic différentiel:

1- Hémorragie d'origine cervico vaginale ou vulvaire:

Ectropion,polype du col, dysplasie ou cancer du col

2- Hémorragies d'origine endo utérine au T3

- Rupture utérine:
  - douleur intense
  - Collapsus
  - Fœtus mort le plus souvent

- Hématome retro placentaire:
  - Signes de toxémie gravidique ou notion de traumatisme
  - Contracture utérine douloureuse
  - Mtr noirâtre peu abondante
  - Etat de choc
  - Mort fœtale fréquente
  - Echographie: zone de décollement placentaire
- Hémorragie de Benckizer:
  - Déchirure d'un vaisseau prævia avec souffrance fœtale et liquide amniotique hématique

Evolution:

- Les récidives hémorragiques sont fréquentes, augmentant le risque d'accouchement prématuré
- La rupture prématurée des membranes: effet bénéfique sur les saignements
- Mais expose au risque d'accouchement prématuré, d'infection amitotique et de procidence du cordon
- Accouchement prématuré est fréquent

Pronostic:

1- Maternel:

- Mortalité : rare actuellement:

  Due aux hémorragies cataclysmiques, CIVD, tentative de décollement d'un placenta accreta

- La morbidité:
  - Anémie
  - Complications infectieuses
  - Accidents thrombo emboliques

2- Fœtal:

- Prématurité
- Anémie
- Hypotrophie fœtale
- souffrance fœtale chronique et aigue
- Mortalité: grande prématurité
  Procidence du cordon

CAT:

Le placenta prævia nécessite une prise en charge en milieu spécialisé, avec une équipe multidisciplinaire:

- But: Arrêter l'hémorragie
  Compenser les pertes sanguines
- La conduite dépend de nombreux facteurs:
  - Importance du saignement
  - Terme de la grossesse
  - Variété du PP
  - Présentation, dilatation cervicale,

- **Au cours de la grossesse:**
  - <36SA:
    - Repos au lit
    - Abstention de tout examen obstétrical
    - Traitement tocolytique
    - Traitement martial
    - Anti D si Rh –
    - Maturation pulmonaire fœtale si terme <34SA
    - Surveillance maternelle:
      - Abondance du saignement, FC, TA,
      - Biologie: NFS, bilan d'hémostase, RAI

- Surveillance fœtale:
  - HU, MAF,BCF,
  - ERCF
  - Echographie: biométries

Ces mesures thérapeutiques permettent souvent d'obtenir l'arrêt de l'hémorragie et d'atteindre 36SA

Parfois la césarienne s'impose avant 37SA

- Hémorragie grave
- Signes de souffrance fœtale

- A 36SA-37SA: La grossesse peut être interrompue:
  - La césarienne est indiquée si
    - PP recouvrant
    - PP avec présentation anormale, utérus cicatriciel ou toute autre cause de dystocie

- **Pendant le travail:**
  - L'accouchement par voie basse est accepté:

    formes non recouvrantes, avec présentation céphalique bien centrée, et rythme cardiaque fœtal normal

    Le 1er geste à effectuer: rupture large des mbs
  - la césarienne:
    - Placenta prævia recouvrant
    - Hémorragie abondante persistante après rupture de la PDE
    - SFA, procidence du cordon
    - PP+présentation anormale ou toute autre dystocie

- **Au cours de la délivrance:**
  - Délivrance artificielle ou révision utérine si l'hémorragie persiste
  - Utero toniques pour la rétraction utérine
  - Massage utérin, sac de sable
  - Si l'hémorragie persiste: hystérectomie d'hémostase
- **Dans les suites de couche**
  - Poursuivre la correction de l'anémie
  - ATB
  - Anti-D si Rh –
  - Prévention des accidents thrembo emboliques